

介護保険利用者負担軽減金支給申請書

(年 月 ~ 年 月)

フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名		生年月日			
住所		〒 _____ 電話(_____) _____			
要介護等認定期間		要介護度等 認定期間	要支援 1・2 要介護 経過的・1・2・3・4・5		
		_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日			
		氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合の 被保険者番号
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
幸田町長 様 上記のとおり介護保険利用者負担軽減金の支給申請をします。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 住所 申請者 氏名 _____ ⑩ 電話(_____) _____					

介護保険利用者負担軽減金を下記の口座に振り込んでください。

利用者負担軽減金振込口座	金融機関名	支店名	預金種目	口座番号
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 本店 出張所	1普通 2当座
	フリガナ		
	口座名義人		

保険者確認記入欄

資格者台帳 有・無	給付制限状況 有・無 給付割合	備考
--------------	-----------------------	----

-----被保険者名と振込先口座名義人が異なる場合は記入ください-----

委任状 平成 年 月 日

住所

氏名 _____ ⑩

私は、介護保険利用者負担軽減金の受領について、下記の者に委任いたします。

1 受領委任者 住所

氏名 _____ ⑩

2 受領口座 上記「利用者負担軽減金振込口座」のとおり